

造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書

1 対象者

住 所			
氏 名			
生年月日	年 月 日	造血幹細胞移植 年 月 日	年 月 日

2 予防接種スケジュール

対象疾病	ワクチンの種類	実施(予定)年月 注1・注2		
		1回目	2回目	3回目
ジフテリア、百日せき、破傷風、急性灰白髄炎(ポリオ)、Hib感染症	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(3種混合ワクチン)			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(4種混合ワクチン) 注3			
	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルスb型混合ワクチン(5種混合ワクチン) 注3			
	不活化ポリオワクチン			
	乾燥ヘモフィルスb型ワクチン(ヒブワクチン)			
肺炎球菌感染症	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン			
	沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン			
麻しん、風しん	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)			
	乾燥弱毒生麻しんワクチン			
	乾燥弱毒生風しんワクチン			
水痘	乾燥弱毒生水痘ワクチン			
日本脳炎	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン			
B型肝炎	組換え沈降B型肝炎ワクチン			

ヒトパピローマウイルス感染症	組換え沈降 2 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降 4 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			
	組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン			

この対象者は、造血幹細胞移植後の医療において、上記のとおり予防接種を受ける必要があることを認めます。なお、このスケジュールは、現時点での対象者の状態を診て判断したものであり、今後の対象者の状態によっては、接種時期を変更し、又は接種を中止することが望ましい場合があります。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

医師の氏名（署名又は記名及び押印）

- 注 1 この意見書を記載する時点で当該予防接種を行っている場合は、「実施(予定)年月」の欄において「(年号)〇年〇月済」のように記載してください。
- 注 2 「実施(予定)年月」の欄においては、特定の年月を記載するほか、「(年号)〇年〇月～(年号)〇年〇月」のように期間で表記することができます。
- 注 3 4 種混合ワクチン及び 5 種混合ワクチンの助成は、「15 歳未満」の方が対象となります。